

ESSAI

N° 108.



SUR

LA SCARLATINE;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 26 mai 1831, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine;*

PAR P.-M.-T. PELLÉ DE QUÉRAL, de Pont-Château,
Département de la Loire-Inférieure;

Bachelier ès-lettres; Bachelier ès-sciences; ancien Élève des hôpitaux
et hospices civils de Paris.

Scarlatina juvenum pestis.

PLENCIZ.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MESSIEURS
Anatomie	CRUVEILHIER, <i>Suppléant.</i>
Physiologie	ORFILA.
Chimie médicale	PELLETAN, <i>Examineur.</i>
Physique médicale	RICHARD.
Histoire naturelle médicale	DEYEUX.
Pharmacologie	DES GENETTES.
Hygiène	MARJOLIN, <i>Examineur.</i>
Pathologie chirurgicale	CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL.
	ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, <i>Examineur.</i>
	LEROUX.
Clinique médicale	FOQUIER, <i>Président.</i>
	CHOMEL.
	BOYER.
Clinique chirurgicale	DUBOIS.
	DUPUYTREN.
	ROUX.
Clinique d'accouchemens	

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MESSIEURS	MESSIEURS
BAUDELLOCQUE, <i>Suppléant.</i>	DUBOIS.
EAYLE.	GERDY.
BEHARD.	GIBERT.
BLANDIN.	HATIN.
BOUILLAUD.	LISFRANC.
BOUVIER.	MARTIN SOLON.
BRIQUET.	PIORRY.
BRONGNIART.	ROCHOUX, <i>Examineur.</i>
COTTEREAU.	SANDRAS, <i>Examineur.</i>
DANCE.	TROUSSEAU.
DEVERGIE.	VELPEAU.
DUBLED.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

D'UN PÈRE ET D'UNE MÈRE CHÉRIS.

A MON ONCLE ,

LE VICE-AMIRAL HALGAN ,

Conseiller d'État ; ancien Membre de la chambre des Députés ; ancien
Directeur du personnel de la Marine ; Commandeur des ordres de
Saint-Louis et de la Légion-d'Honneur , etc.

A MA FAMILLE.

P. PELLÉ DE QUÉRAL.

ESSAI

SUR

LA SCARLATINE.

ON donne le nom de *scarlatine* à une maladie fébrile, aiguë, contagieuse, caractérisée par une éruption de taches rouges plus ou moins larges, ou par une rougeur uniforme occupant toute la superficie de la peau, et accompagnée le plus souvent d'angine.

Nous ne savons rien de précis sur l'origine de la scarlatine. Est-elle du nombre de ces maladies qui appartiennent en quelque sorte à l'enfance des sociétés et qui ont désolé l'espèce humaine de temps immémorial; ou bien son apparition, comme celle de la rougeole et de la variole, ne date-t-elle que d'une époque encore peu reculée? On est porté à admettre cette dernière opinion, si l'on réfléchit à l'analogie qui existe entre ces maladies, analogie assez frappante pour faire reconnaître en elles des maladies de la même famille, et dès-lors pour porter à croire que le même siècle a dû leur donner naissance; enfin, si l'on considère qu'on n'en trouve aucune description dans les ouvrages des anciens, dont personne ne conteste le talent observateur, et qui sans doute n'auraient pas laissé passer inaperçue une maladie dont les caractères sont si remarquables.

Suivant l'opinion la plus généralement répandue aujourd'hui, c'est

en 1578 qu'elle a été décrite pour la première fois par *Jean Coyttar*, médecin de Poitiers, qui en avait observé une épidémie vingt ans auparavant, et qui lui donna le nom de *fièvre épidémique pourprée et contagieuse*.

Les médecins qui en ont traité depuis cette époque lui ont donné un grand nombre de noms différents : *ZACUTUS LUSITANUS* l'appelait *morbilli ignei, ignis sacer*; *MORTON*, qui ne la regardait que comme une variété, comme un degré de la rougeole, *morbilli confluentes*; *HOFFMANN*, *rubeolæ rossalia*; *SAUVAGES*, *scarlatina synanchia*; *SYDENHAM*, *FRANCK*, *VOGEL*, *CULLEN* et presque tous les nosographes, *febris scarlatina, fièvre rouge, fièvre scarlatine*; *PINEL* et les auteurs de nos jours l'appellent *scarlatine*.

La scarlatine a occupé différentes places dans les cadres nosologiques : *VOGEL* la range dans les *fièvres composées*; *SAUVAGES*, *CULLEN*, *FRANCK*, dans les *exanthèmes*; *PINEL*, dans les *phlegmasies cutanées*; *M. ALIBERT*, dans les *dermatoses*; *MM. ROCHE* et *SANSON*, dans les *inflammations superficielles de la peau*.

Ce serait ici le lieu de passer en revue et de discuter les opinions des auteurs sur le siège et la nature de la scarlatine; elles ont varié suivant les théories qui ont régné tour à tour sur le monde médical. Je me bornerai à exposer succinctement les principales, et à faire connaître celle qui me paraît mériter la préférence.

Dans le temps où la doctrine de l'humorisme était en faveur, les médecins d'alors considéraient la scarlatine comme une fièvre compliquée d'éruption, comme une effervescence du sang, la phlegmasie cutanée n'était à leurs yeux qu'un phénomène secondaire ou une crise dépuratoire s'opérant à la surface de la peau.

Plus tard *Pinel*, qui avait d'abord pensé que l'angine était la maladie principale et que l'éruption n'était que symptomatique, voyant dans l'exanthème le phénomène le plus constant et le plus remarquable, donna pour siège à la maladie le réseau capillaire de la peau.

Suivant *M. Broussais*, dans tous les exanthèmes aigus le point prin-

cial d'irritation est dans la membrane muqueuse gastro-pulmonaire ; la phlegmasie cutanée est secondaire et sympathique , et la fièvre d'incubation est toujours due à une inflammation viscérale.

Enfin , M. *Guersent* pense que la scarlatine est une maladie générale due à l'infection de l'économie toute entière par un agent morbifique, dont les effets se font principalement sentir à la peau, mais qui n'est pas moins répandu dans l'organisme.

L'opinion de M. *Guersent* me paraît être celle qui rend le mieux compte des phénomènes de la maladie. En effet, on s'explique très-bien la fièvre d'incubation en l'attribuant , non pas à une phlegmasie cutanée ou gutturale qui n'existe pas encore, non pas à une inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale dont l'existence constante ne me paraît pas bien démontrée, mais à l'infection des fluides par un agent morbifique qui exciterait directement les systèmes nerveux et circulatoire. L'angine et l'exanthème ne peuvent-ils pas aussi être attribués au même agent, qui, par une préférence que je ne chercherai pas à expliquer, mais qui n'en est pas moins constante, porte spécialement son action sur la membrane muqueuse gutturale et sur le système dermoïde?

Cette manière de voir sur un point qu'il serait si intéressant d'éclaircir ne paraîtra peut-être, aux yeux de quelques-uns, qu'une exhumation des théories surannées de l'humorisme ; je ne l'en adopte pas moins, soutenu de l'autorité du nom que j'ai cité, et certain qu'elle ne répugnera pas aux hommes dégagés de tout esprit systématique. D'ailleurs, ce n'est pas d'aujourd'hui que l'on commence à sentir l'insuffisance d'un solidisme exclusif ; déjà de bons esprits ont reconnu qu'il était temps de réviser la sentence d'exclusion en masse prononcée contre les idées des humoristes, et cet appel, porté au tribunal de l'observation, a fait voir que si la condamnation avait été souvent juste et méritée, elle avait aussi été parfois mal fondée et injuste. Pour parler sans figure, il est assez généralement reconnu aujourd'hui que nos fluides peuvent servir de véhicule à des agents morbifiques, qu'ils peuvent être altérés dans leur nature et dans leur

composition. La classe des *Cacochymies*, admise par MM. *Roche* et *Sanson*, dans leurs *Éléments de Pathologie*, en fait foi, et je ne pense pas que personne les accuse d'une prédilection excessive pour des idées vieilles.

J'espère qu'on me pardonnera cette digression : je n'ai pas prétendu m'instituer le champion des théories humorales, mais bien faire voir qu'on ne doit pas les rejeter sans exception, et que si l'opinion que j'adopte sur la nature de la scarlatine, basée sur une altération des fluides par un principe morbifique, est erronée, du moins elle n'est pas en arrière de l'état actuel de la science.

Je passe maintenant à l'histoire de la maladie.

Causes.

De même que quelques autres maladies éruptives avec lesquelles elle présente de nombreux points d'analogie, la scarlatine paraît une maladie propre à l'enfance et à l'adolescence; les enfans à la mamelle paraissent peu susceptibles d'en être atteints. M. *Billard*, lorsqu'il était interne à l'hospice des *Enfans-Trouvés*, a observé qu'elle y était fort rare, et ne l'a jamais vue frapper ceux qui étaient âgés de moins d'un an, quoiqu'elle sévît sur plusieurs individus d'un âge plus avancé; M. *Baron*, médecin de cet hospice, avait depuis long-temps fait la même remarque. On la voit assez souvent chez les adultes, mais tous les auteurs s'accordent à dire qu'elle est excessivement rare au-delà de cinquante ans. Je l'ai vue chez une personne de quarante-sept ans.

Les femmes paraissent y être plus sujettes que les hommes; peut-être à cause de la ressemblance que leur constitution, généralement plus molle et plus lymphatique, présente avec celle de l'enfance. L'état de grossesse semblerait une condition peu favorable au développement de la scarlatine. Pendant l'épidémie qui régna en 1825 à la Maternité de Paris, les femmes enceintes étaient épargnées, mais la maladie ne manquait guère de se montrer chez elles peu de jours

après la délivrance , et présentait beaucoup de gravité : plusieurs succombèrent.

Les saisons ne sont pas sans influence sur la production de cette maladie. C'est, en général, pendant le cours de celles qui sont marquées par de nombreuses vicissitudes atmosphériques, comme le printemps et l'automne, surtout lorsque celui-ci succède à un été chaud et pluvieux, qu'on la voit régner d'une manière épidémique. Cependant, il ne faut pas croire qu'il en soit toujours ainsi : *Sydenham* en a vu une épidémie au commencement de l'été, et *Rosen* en hiver. Elle paraît aussi plus fréquente dans les climats septentrionaux, et surtout beaucoup plus souvent funeste. Elle sévit, en général, plus fréquemment et avec plus de violence sur les classes indigentes que sur les classes aisées, dans les lieux bas et humides, dans le voisinage des marais, des eaux stagnantes et des égoûts, dans les quartiers resserrés et malpropres des villes, et dans certaines vallées garanties de l'action des vents par des bois et des collines.

Il faut aussi ranger au nombre des causes de la scarlatine une idiosyncrasie particulière dont les caractères n'ont pas encore été déterminés; car, comme *M. Guersent* en fait la remarque, elle n'attaque pas tous les individus qui s'exposent à la contracter; on a même observé qu'un tiers ou un quart environ seulement de la population en était atteint. (Dict. de méd. en 21 vol., art. *Scarlatine*.)

Il est généralement reconnu que cette maladie n'attaque pas deux fois les mêmes individus; cependant *Plenciz* dit l'avoir vue récidiver; je l'ai moi-même observée chez une jeune personne de dix-huit ans, que sa famille assurait en avoir été atteinte dans son enfance. Mais je cite ce fait sans lui reconnaître le caractère d'authenticité désirable, parce que, n'ayant pas été témoin de la première invasion de la maladie, il m'est impossible d'affirmer qu'on n'avait pas pris pour la scarlatine une maladie plus ou moins analogue. Néanmoins le tableau que les parens m'en ont fait me porte à penser que c'était réellement la scarlatine.

Il est rare que la scarlatine se montre sporadiquement; elle revêt

d'ordinaire la forme épidémique, et s'étend souvent sur un grand nombre d'individus. On ne peut nier qu'elle ne soit susceptible de se développer spontanément, et les exemples n'en sont pas rares; mais la cause la plus fréquente est sans contredit la contagion, et presque tous les auteurs s'accordent à reconnaître à la scarlatine cette funeste propriété. *Scarlatina præcipuè maligna*, dit PLENCIZ, *est morbus summè, contagiosus. Contagio evidenti propagatur* (LORRY.) Pinel, MM. Guersent, Rochoux, et la plupart des médecins tant français qu'étrangers, sont du même avis. M. le professeur Leroux paraît ne lui reconnaître qu'une contagion conditionnelle : « *Il paraît qu'elle est contagieuse dans certaines circonstances* », dit-il dans son Cours sur les généralités de la médecine pratique. Enfin, un professeur dont le nom seul est une puissante autorité, M. Broussais, a dit que la scarlatine n'était pas contagieuse, et beaucoup de ses disciples professent la même opinion. M. le docteur Durand la défend dans sa thèse soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 29 mai 1826, et cite à l'appui de sa manière de voir deux observations dans lesquelles la maladie ne s'est pas communiquée, malgré des circonstances très-propres à favoriser la transmission. Je ne m'arrêterai pas à discuter la valeur de ces observations; je me contenterai de remarquer qu'elles sont loin de me sembler aussi probantes qu'à leur auteur, parce qu'il ne dit point que les personnes exposées à contracter la maladie ne l'avaient pas déjà essuyée, ce qu'il eût été fort important de constater, puisqu'il est reconnu qu'elle n'est pas sujette à récidive. Si, comme il est dès-lors permis de le supposer, les sujets dont il parle avaient déjà eu la maladie, est-il fort étonnant qu'ils ne l'aient pas contractée de nouveau? Au reste, en admettant même qu'ils n'en eussent pas encore été atteints, ces faits prouveraient tout au plus que la contagion ne sévit pas nécessairement sur tous ceux qui s'y exposent, ce que personne ne conteste, non-seulement pour la scarlatine, mais pour toutes les autres maladies contagieuses.

Enfin tout le monde ne conviendra-t-il pas que dix exemples de non-contagion, présentassent-ils toute l'authenticité désirable, ne de-

vraient pas détruire la conviction de ceux qui défendent l'opinion contraire, tant qu'ils pourront invoquer un seul exemple ou la contagion sera bien constatée et bien manifeste? Les partisans de la transmission par contagion sont loin d'en être réduits à une pareille extrémité, et ils ne manquent pas d'exemples à citer à l'appui de leur manière de voir. *Pinel*, MM. *Guersent*, *Duboscq de la Roberdière*, et beaucoup d'autres rapportent des faits qui me paraissent ne laisser rien à désirer, et je pourrais moi-même en présenter qui me sont propres, et qui me semblent assez concluans.

Quoique la contagion soit admise par la plupart des médecins, je ne pense pas qu'on puisse traiter de discussion oiseuse le peu de lignes que j'ai consacrées à la défendre, puisqu'elle compte encore des adversaires parmi des hommes du mérite le plus éminent; j'ai cru qu'une opinion qui a le nom de M. *Broussais* pour soutien ne devait pas être traitée avec mépris par un faible adversaire, et méritait bien l'honneur d'être combattue. D'ailleurs cette question est d'une haute importance pour le traitement prophylactique, et sous ce point de vue, il me paraît extrêmement désirable que tout le monde soit convaincu de la propriété contagieuse de la maladie qui nous occupe.

Ce qu'il n'est guère moins important de connaître, c'est la manière dont la transmission s'effectue et l'époque où elle cesse d'être à craindre.

Si l'on observe la marche des épidémies de scarlatine, on est porté à croire qu'elle se transmet ordinairement par contact, ou du moins que, pour la contracter, il faut être à portée de recevoir les émanations du malade, vivre dans son atmosphère; en effet, on voit que les personnes atteintes par la contagion sont celles qui donnent des soins aux malades, qui vivent près d'eux, qui habitent la même maison; que celles, au contraire, qui s'éloignent et se tiennent dans l'isolement sont épargnées. (*Duboscq de la Roberdière.*) Cependant il paraît constant que l'air peut se charger des principes contagieux, et porter

la maladie à une certaine distance sans qu'il y ait eu communication avec les individus affectés.

Le fait rapporté par *Hildenbrand*, et qui est trop connu pour que je le cite de nouveau, semblerait prouver que les miasmes morbifiques peuvent s'attacher aux vêtemens, être de la sorte transportés à de grandes distances, et donner naissance à la maladie après un temps fort long. Tout en admettant que les vêtemens peuvent être des moyens de transmission, j'avoue que j'ai peine à concevoir que des miasmes conservent pendant un an et demi leur propriété contagieuse, et l'exemple cité par *Hildebrand* n'ayant pas été, que je sache, appuyé d'autres faits semblables, ne me paraît pas suffisant pour faire reconnaître à ceux de la scarlatine une qualité aussi funeste.

Jusqu'à ce jour, les expérimentateurs qui ont tenté d'inoculer la scarlatine ne paraissent pas avoir réussi dans leurs essais.

C'est d'ordinaire entre le troisième et le sixième jour qu'on voit la maladie se manifester chez ceux qui se sont exposés à la contagion.

Quand à l'époque ou la transmission de personne à personne cesse d'être à craindre, il est jusqu'à présent assez difficile de la déterminer d'une manière précise. M. *Guersent* pense qu'elle peut avoir lieu encore au bout d'un mois et plus à dater de l'invasion de la maladie, même lorsque celle-ci est terminée. Voici un fait qu'il rapporte à l'appui de son opinion : « Dans une famille composée de quatre enfans, l'un d'eux fut pris de scarlatine, et dès l'instant même complètement isolé des trois autres. Trois semaines après, la maladie étant terminée, l'enfant pris sept à huit baigns, puis il retourna auprès de ses frères, qui furent à leur tour bientôt affectés de scarlatine. »

De tout ce qui précède, on doit conclure que lorsque la scarlatine se déclare dans une famille, il est fort important de ne pas négliger les moyens propres à en empêcher l'extension, et qu'il ne faut

pas se presser de permettre aux individus sains de communiquer avec celui qui en a été atteint.

Description de la maladie.

Presque tous les auteurs qui ont traité de la scarlatine lui reconnaissent trois périodes bien distinctes : l'*invasion*, l'*éruption* et la *desquamation*.

1°. *Période d'invasion.* La scarlatine s'annonce le plus souvent le soir par un malaise général, de l'abattement, du dégoût, de la soif, des horripilations passagères, de la chaleur à la peau, de la fréquence dans le pouls, quelquefois de l'assoupissement, du délire ou des mouvemens convulsifs. Il n'est pas rare de voir survenir aussi des nausées et des vomissemens; mais un symptôme beaucoup plus ordinaire est l'angine pharyngienne, qui s'annonce par la douleur à la gorge, la rougeur de l'isthme du gosier, la tuméfaction des amygdales, et la gêne de la déglutition.

Dehaen a vu cette période marquée par une douleur rhumatismale, qui occupa successivement diverses parties, et disparut lorsque l'éruption se montra; j'ai observé un cas absolument semblable.

La durée de cette période est communément de deux à trois jours; mais elle n'est pas constante, et peut n'être que de vingt-quatre heures, ou se prolonger pendant cinq ou six jours.

Deuxième période. L'apparition de l'efflorescence, qui forme un des principaux caractères de cette maladie, commence le plus souvent au cou et à la face, quelquefois c'est à la poitrine ou sur les membres. On voit alors la peau se tuméfier légèrement, et devenir le siège d'un prurit parfois très-incommode; presque aussitôt apparaissent des taches rouges, pointillées, de forme irrégulière, d'abord peu étendues, et séparées par des intervalles assez considérables, puis s'accroissant avec plus ou moins de rapidité, et finissant par se

réunir et former des plaques d'une grande étendue , ou même par envahir toute la superficie de la peau. La rougeur de ces plaques est vive , surtout vers le pli des articulations , et disparaît sous la pression du doigt , pour reparaître aussitôt qu'on l'enlève. La peau est manifestement tuméfiée , surtout aux pieds et aux mains , et le malade est tourmenté par une chaleur âcre des plus vives ; la rougeur de l'exanthème et les symptômes fébriles s'exaspèrent vers le soir et pendant la nuit. Vers le troisième ou le quatrième jour , l'éruption a communément atteint son plus haut degré d'intensité ; sa couleur écarlate se change en un rouge-violet , et commence dès-lors à décroître graduellement , ainsi que la tuméfaction des tégumens ; en même temps , la langue , qui jusqu'alors avait été blanchâtre , et toute la membrane muqueuse de la bouche , revêtent une couleur violette très-intense. Du quatrième au huitième jour , la rougeur de la peau a totalement disparu.

Nous avons décrit l'efflorescence scarlatineuse d'après l'aspect et la marche qu'elle offre le plus ordinairement ; elle présente des variétés qu'il est important de signaler : ainsi , au lieu d'être générale , elle est quelquefois bornée au tronc , aux bras , ou aux membres inférieurs ; d'autres fois les taches qui la constituent ne se réunissent pas , et restent disséminées sur la surface de la peau et séparées par des intervalles irréguliers : on la voit quelquefois paraître et disparaître alternativement ; elle peut même être si passagère qu'elle échappe au médecin , à qui elle n'est révélée que par la desquamation qui lui succède ; enfin , au lieu d'offrir une rougeur vive , on l'a vue revêtir une couleur livide ou même brune , ce qui est d'un fâcheux augure.

Pendant cette seconde période , les phénomènes généraux qui ont marqué l'invasion de la maladie persistent dans le plus grand nombre des cas ; on voit cependant l'angine disparaître , et l'appareil fébrile perdre de sa force pendant l'éruption ; mais ces cas ne sont pas les plus ordinaires , et le plus souvent l'angine persiste et augmente même d'intensité ; il n'est pas très-rare de voir l'inflammation du

pharynx se propager dans la trompe d'*Eustache*, et produire de la douleur dans l'oreille et une surdité momentanée. Le malade, tourmenté par la soif, soupire après les boissons fraîches et acides ; le pouls est plein et fréquent, la céphalalgie continue ; à ces symptômes se joignent ceux d'une irritation gastro-intestinale ou encéphalique, tels que nausées, vomissemens, douleur à l'épigastre, hémorrhagies nasales, délire, mouvemens convulsifs ; mais ces phénomènes ne sont pas constans, et quand ils ne se montrent qu'avec une intensité médiocre, on les voit le plus souvent décroître et disparaître avec l'éruption.

Troisième période. Nous avons dit plus haut que c'est du quatrième au huitième jour que la rougeur de la peau disparaît ; alors commence la période de desquamation, dont la durée varie beaucoup, suivant l'intensité de la maladie : quelquefois elle est terminée au bout de dix jours ; dans d'autres cas, au contraire, elle se prolonge au-delà d'un mois.

La desquamation se montre d'abord sur les parties qui ont été les premières le siège de l'éruption, et s'étend successivement aux autres régions du corps. L'épiderme se détache sous forme d'écailles furfuracées, plus souvent sous celle de lames assez larges, surtout aux endroits où il présente une plus grande épaisseur, comme à la plante des pieds, aux mains et à l'extrémité des doigts.

J'ai souvent observé que cette période était marquée par des sueurs, ou par des urines sédimenteuses ; d'autres fois on voit survenir des hémorrhagies nasales ou des évacuations alvines abondantes.

En même temps que la peau se dépouille de son enveloppe, les symptômes fébriles disparaissent, mais la langue conserve encore pendant quelque temps sa couleur rouge ; l'appétit revient, toutes les fonctions reprennent leur rythme normal, et la convalescence se consolide.

Variétés.

Telle est la forme que la scarlatine présente le plus fréquemment ; elle offre quelques variétés que je vais indiquer brièvement, en suivant les divisions adoptées par *Willan* et *Bateman*.

Dans la première (*scarlatine simple*) , l'exanthème et un appareil fébrile peu intense constituent presque seuls la maladie , qui se termine toujours d'une manière heureuse.

Dans la seconde (*scarlatine angineuse*) , la fièvre et les autres symptômes généraux sont beaucoup plus marqués ; la phlegmasie gutturale se montre d'ordinaire dès la période d'invasion , et se prolonge pendant la seconde avec une intensité variable. Cette forme de la maladie est celle qu'on observe dans le plus grand nombre des cas, et il n'est pas rare qu'elle ait une terminaison funeste , soit à cause de l'angine , soit à cause des complications ou des accidens qui peuvent venir l'aggraver.

La troisième (*scarlatine maligne*) débute ordinairement comme la précédente , mais ne tarde pas à présenter des symptômes extrêmement graves : l'éruption se montre quelquefois dans les vingt-quatre heures , s'opère avec une grande rapidité et est très-abondante ; d'autres fois , au contraire , elle est tardive , ou paraît et disparaît alternativement. La chaleur et la soif sont extrêmes , le pouls d'abord plein et fréquent , puis petit et irrégulier ; il survient de l'agitation , du délire ou du coma ; les yeux sont injectés , brillans ou ternes ; la langue sèche , la respiration laborieuse , la déglutition extrêmement difficile , par suite du gonflement des amygdales , qui sont couvertes d'une exsudation grisâtre ou sanguinolente ; l'haleine fétide , les dents et les gencives fuligineuses ; l'exsudation crémeuse ou membrani-forme se propage quelquefois dans les fosses nasales et jusque dans l'œsophage ; on voit aussi , mais plus rarement , des escharres gangréneuses se former sur les amygdales ou sur le sacrum , quand la maladie se prolonge. L'éruption peut disparaître prématurément , ou

persister jusqu'à la mort, qui est la terminaison la plus fréquente, et qui peut arriver dès les premiers jours, ou seulement vers le septième et même beaucoup plus tard.

Enfin, la quatrième variété ne mérite pas, à proprement parler, le nom de *scarlatine*, comme le dit M. *Guersent*, puisqu'elle ne présente que la première et la troisième périodes; toutefois il n'apparaît guère d'épidémie de scarlatine qui ne fournisse l'occasion de l'observer.

Complications et accidens. On voit assez souvent coïncider avec l'exanthème de la scarlatine des vésicules miliaires, des papules, plus rarement l'érysipèle, la rougeole ou la variole. Je ne regarderai pas comme une complication l'angine pharyngienne simple, qui existe dans la grande majorité des cas; l'angine pultacée et l'angine couenneuse, que la plupart des anciens auteurs paraissent avoir confondues avec l'angine gangréneuse, n'existent que trop souvent; le croup est beaucoup plus rare, suivant MM. *Bretonneau* et *Guersent*: le premier ne l'a jamais vu, le second ne l'a observé qu'une seule fois. Les complications de bronchite et de pneumonie sont bien moins fréquentes que dans la rougeole. Quant aux inflammations des méninges, du cerveau ou de la membrane muqueuse gastro-intestinale, il me paraît difficile de ne pas en reconnaître l'existence dans la plupart des cas de scarlatine maligne; cependant les malades peuvent succomber avec des convulsions ou des symptômes adynamiques, sans que les recherches nécroscopiques fassent apercevoir des lésions suffisantes pour expliquer les accidens. Pendant la période d'éruption, on voit quelquefois l'exanthème disparaître, et en même temps se montrer les symptômes d'une inflammation viscérale, soit qu'on doive attribuer celle-ci à la suppression de l'éruption par une cause extérieure, et ce serait alors une sorte de métastase; soit que, au contraire, l'inflammation interne devienne la cause de cet accident, en agissant comme révulsif sur la phlegmasie cutanée.

Parmi les accidens consécutifs de la scarlatine, on doit ranger le

passage à l'état chronique des phlegmasies qui la compliquent, et auxquelles on voit souvent succomber ceux qui ont échappé aux premiers dangers de la maladie : ainsi des gastrites, des entérites, des pneumonies chroniques sont quelquefois la suite de la scarlatine. Si le malade portait des tubercules dans les poumons, leur développement, comme cela s'observe aussi dans la rougeole, en reçoit une impulsion funeste. Si l'inflammation gutturale s'est prolongée dans l'oreille par la trompe d'*Eustache*, le malade peut conserver une otorrhée incurable, accompagnée de surdité; on peut encore observer à la suite de cette maladie des ophthalmies, des engorgemens des parotides, des glandes submaxillaires ou des ganglions inguinaux. Enfin, il n'est pas rare de voir apparaître, pendant la période de desquamation, un accident qui n'est pas toujours sans danger; je veux parler de l'anasarque.

Cette hydropisie peut être symptomatique de lésions viscérales survivant à la maladie; M. le docteur *Voisin* dit qu'elle est souvent due à l'administration intempestive des purgatifs; dans la plupart des cas, on doit l'attribuer à l'impression de l'air, et telle est l'opinion de presque tous les auteurs. *Vieusseux*, de Genève, qui a publié un mémoire sur ce sujet, l'explique par le spasme violent que produit l'action de l'air froid sur les organes urinaires et sur la peau, à laquelle l'éruption dont elle vient d'être le siège et l'exfoliation de l'épiderme donnent une extrême susceptibilité. Je l'ai vue survenir avec une grande promptitude chez un jeune homme qui, ennuyé de la réclusion qu'on lui faisait subir pendant sa convalescence, se tint pendant une heure environ près d'une fenêtre fermée, mais par les intervalles de laquelle s'introduisait de l'air extérieur.

L'anasarque s'annonce par un état de langueur et d'abattement, par du dégoût, de l'insomnie, et par la rareté des urines, qui tantôt ressemblent à de la lavure de chair, tantôt sont épaisses, troubles, brunes ou noirâtres; les paupières, la face, les jambes ne tardent pas à s'œdématier, et cette exhalation séreuse s'étend quelquefois à tout le tissu cellulaire sous-cutané et même aux cavités splanchniques;

l'on peut alors observer soit l'ascite , soit l'hydrothorax , l'hydropéricarde ou l'hydrocéphale. Heureusement que le plus souvent , du moins dans nos climats , le mal n'est pas porté si loin , et se borne au tissu cellulaire sous-cutané : alors l'anasarque est ordinairement sans danger , et se termine au bout de dix à douze jours , par des sueurs ou d'abondantes évacuations d'urine. Cependant ces crises ne sont pas constantes.

Diagnostic.

La scarlatine offre des caractères assez saillans pour qu'il me paraisse difficile de la confondre avec d'autres maladies ; aussi je me dispenserai d'exposer les différences qui existent entre elle et la rougeole , la roséole , l'érysipèle , l'érythème , etc. : il suffira d'observer avec soin les phénomènes d'invasion , et l'aspect et la marche de l'exanthème , pour éviter toute méprise à cet égard.

Prognostic.

Le pronostic de la scarlatine simple est favorable ; cependant , comme on voit souvent cette maladie , après avoir débuté d'une manière peu inquiétante , présenter ensuite soit pendant son cours , soit pendant la convalescence , des complications ou des accidens graves , on ne doit pas trop se hâter d'annoncer une terminaison heureuse.

Quand les symptômes d'invasion sont modérés , que la maladie parcourt régulièrement ses périodes , que l'éruption se fait au temps ordinaire et pas trop rapidement , quand enfin la fièvre diminue pendant la seconde période et disparaît avec l'exanthème , il y a tout lieu d'espérer que la maladie aura une issue favorable : les circonstances opposées devront inspirer des craintes sur sa terminaison. La disparition précoce de l'exanthème , qui annonce d'ordinaire l'invasion d'une inflammation viscérale , ne peut être que d'un mauvais augure ; du reste , la gravité de cet accident varie suivant l'importance de l'organe affecté et la violence de l'inflammation.

Lorsque la maladie règne épidémiquement, il faudra avoir égard aux caractères qu'elle présente. La constitution du sujet, les affections dont il peut déjà être atteint au moment de l'invasion, les conditions hygiéniques dans lesquelles il se trouve, et son âge, devront aussi être pris en considération. On n'oubliera pas que la scarlatine est en général plus grave chez les adultes.

Dans la scarlatine appelée *maligne*, le danger est des plus grands, et les secours les mieux administrés ne sont que trop souvent impuissans.

Enfin, si l'anasarque se montre pendant la desquamation, il faudra avoir égard à la cause qui l'a produite. Lorsqu'elle est accompagnée de soif ardente, de fièvre continue, et qu'elle paraît symptomatique d'une affection des viscères, on doit craindre qu'elle ne soit funeste; si, au contraire, elle est due seulement à l'impression de l'air froid, on peut espérer la voir céder avec assez de facilité à un traitement convenable, et se terminer heureusement.

Anatomie pathologique.

Lorsque la mort arrive pendant la période d'éruption, la peau offre sur tous les points qui étaient le siège des taches scarlatineuses, une teinte violacée ou livide; son tissu paraît injecté et un peu ramolli: le tissu cellulaire sous-cutané participe aussi quelquefois à cette injection. Dans d'autres cas, la peau n'offre aucune trace d'éruption, et c'est surtout lorsque celle-ci était encore très-récente au moment de la mort, ou qu'elle a disparu accidentellement. Le pharynx présente aussi presque toujours des signes non équivoques d'inflammation, qui varient suivant le caractère qu'avait revêtu l'angine et le degré où elle était parvenue; ainsi l'on observe tantôt une simple injection sanguine de la membrane muqueuse gutturale et des tonsilles, tantôt un enduit crémeux, pultacé, ou de véritables fausses membranes.

Les altérations que l'on rencontre dans les autres organes sont ex-

trêmement nombreuses , mais appartiennent plutôt aux maladies qui compliquent la scarlatine qu'à la scarlatine elle-même.

Traitement.

1°. *Prophylactique.* C'est surtout dans les contrées où la scarlatine règne plus fréquemment et présente plus de gravité que chez nous , comme en Allemagne , en Prusse , etc. , qu'on s'est livré à la recherche des moyens propres à en préserver. *Hahneman* , auteur du système de l'homœopathie , a employé la belladone avec succès , et le même médicament , administré par beaucoup d'autres médecins , paraît jouir , comme préservatif , d'une utilité incontestable. Sur un très-grand nombre d'individus qui ont fait usage de ce remède , très-peu ont été atteints de la maladie , et ceux qui n'ont pas été préservés n'ont eu qu'une scarlatine très-légère. MM. *Gumpert* , *Berndt* , *Sæmmering* , *Hufeland* , *Muhrbreck* , *Koreff* , *Méglin* , *Lemercier* , en ont aussi obtenu des résultats très-satisfaisans : on trouve dans la Gazette de Santé du 5 juin 1824 une lettre du professeur *Koreff* à *Laennec* , où il fait un grand éloge de la belladone et indique la manière de l'administrer.

Comment agit-elle dans cette circonstance ? *Hahneman* , d'après son axiôme , *similia similibus curantur* , pense que c'est en vertu de la propriété dont elle jouit d'affecter spécialement la gorge et la peau , où elle produit une efflorescence analogue à celle de la scarlatine , mais passagère et sans danger. *Hufeland* attribue ses succès à son action sédative sur le système nerveux , qu'elle rend moins impressionnable.

Quel que soit son mode d'action , il n'en est pas moins prouvé , par nombre de témoignages dignes de foi , qu'elle jouit d'une utilité réelle , et je n'hésiterais pas à l'employer , surtout si l'isolement des malades était impraticable. Voici la manière dont le docteur *Berndt* l'administre : il fait dissoudre deux grains d'extrait de belladone dans une once d'eau de cannelle , et en donne , matin et soir , depuis deux jusqu'à douze gouttes , suivant l'âge et la vigueur des individus , pendant toute la durée de l'épidémie.

On a aussi préconisé, comme préservatif de la scarlatine, un mélange de calomel et de sous-hydrosulfate sulfuré d'antimoine, qu'on fait prendre aux enfans avec un peu de sucre ou de magnésie.

Enfin, comme ces moyens, qui devraient dans certains cas être continués pendant long-temps, pourraient bien ne pas être toujours sans inconvéniens, on doit leur préférer l'isolement, lorsqu'il est possible de le mettre en usage; et, suivant M. *Guersent*, il est jusqu'ici le meilleur préservatif de la scarlatine.

2°. *Curatif*. Le traitement devra varier suivant les périodes de la maladie, suivant son degré de gravité, et suivant les complications qui peuvent s'y joindre.

Dans la première période de la scarlatine simple, on recommandera la diète, les boissons émollientes ou rafraîchissantes, telles que les infusions de coquelicot, de violette, de bourrache, de fleurs de guimauve, acidulées avec le sirop de groseilles ou de limons; les pédiluves, quelques lavemens émolliens et de légères frictions à la peau.

Lorsque la maladie se montre avec une plus grande intensité, que les symptômes fébriles sont violens, aux moyens ci-dessus indiqués il faut joindre l'emploi de la saignée. Si l'état inflammatoire paraissait se fixer sur quelque organe important, on le combattrait par la saignée générale ou locale, suivant l'organe affecté, par les bains, les applications émollientes, les révulsifs sur les extrémités inférieures, etc.

Pendant la seconde période, l'éruption ne présente aucune indication particulière quand elle marche régulièrement, et l'on se contente de continuer les moyens conseillés dans la première; si elle vient à disparaître par suite de l'impression de l'air froid, on cherche à la rappeler par les bains tièdes, les sinapismes mitigés promenés sur diverses parties du corps, des boissons chaudes légèrement diaphorétiques. Lorsque, au contraire, sa délitescence paraît tenir à l'invasion d'une violente phlegmasie intérieure, c'est en combattant éner-

giquement celle-ci qu'on doit espérer la faire reparaître. Les médecins anglais vantent beaucoup les affusions froides ou les lotions d'eau acidulée, lorsque la peau est sèche et brûlante et que les signes d'excitation générale sont très-prononcés; ce moyen, peu employé en France, ne paraît pas exempt de dangers, et ne doit être mis en usage qu'avec une grande circonspection.

L'angine devra aussi fixer l'attention du médecin, et sera combattue, si elle est d'une intensité médiocre, par les cataplasmes autour du cou, les gargarismes adoucissans ou les fumigations émollientes; une ou plusieurs applications de sangsues deviennent nécessaires pour seconder les moyens précédens, lorsqu'elle est portée à un plus haut degré. Si elle vient à revêtir les caractères de l'angine couenneuse, le traitement topique, par le calomel ou l'acide hydrochlorique présente de grands avantages, et paraît avoir plus de succès que les émissions sanguines abondantes conseillées par quelques auteurs: celles-ci ne devront pourtant pas être négligées, surtout lorsque les symptômes inflammatoires seront intenses, et les ganglions cervicaux et sous-maxillaires très-engorgés. Se forme-t-il des escharres gangréneuses sur les amygdales, on les touche avec un mélange de miel rosat et d'acide hydrochlorique, ou bien avec du chlorure de soude affaibli: des gargarismes avec la décoction de quinquina acidulée peuvent aussi être fort utiles. Enfin les phlegmasies qui viennent compliquer la maladie, comme la pneumonie, la gastrite, l'entérite, seront attaquées avec énergie par les moyens appropriés.

Les phénomènes qui caractérisent la scarlatine appelée *maligne* paraissent être l'expression d'une inflammation des méninges, du cerveau, ou de l'estomac et des intestins. Cependant M. *Guersent*, qui a eu de nombreuses occasions de l'observer et de se livrer à des recherches nécroscopiques, pense que, dans certains cas, elle doit ce caractère fâcheux à un état général, sans lésions phlegmasiques appréciables. Dans ces cas, il regarde les saignées comme peu utiles, et préfère se borner aux bains tièdes ou presque frais, aux révulsifs sur les membres inférieurs, et aux lotions d'eau fraîche sur la tête et

le visage , lorsqu'il observe des symptômes ataxiques. Si la prostration excessive , la petitesse du pouls , la couleur pâle ou livide de l'exanthème amènent un état adynamique , il emploie les toniques à l'intérieur et les vésicatoires.

Enfin , dans la troisième période de la maladie , lorsque la fièvre a disparu et que l'exfoliation de l'épiderme s'opère , on doit se borner aux soins hygiéniques propres à favoriser la desquamation et à prévenir les accidens. Ainsi , l'on tiendra le malade dans une atmosphère douce et égale , précaution d'ailleurs nécessaire pendant toute la maladie. Quelques bains tièdes et de légères frictions à la peau pourront être utiles , et l'on ne se hâtera pas trop de permettre au convalescent de satisfaire son appétit et de quitter sa chambre , surtout quand la saison est froide et humide.

Si l'anasarque survenait , le médecin devrait examiner avec soin si cet accident n'est pas le symptôme de quelque maladie des viscères. Lorsqu'elle est accompagnée de fièvre , de soif vive , de diarrhée , de douleur dans le ventre , ou d'autres signes d'irritation gastro-intestinale , la saignée ou des applications de sangsues soit à l'anus , soit à l'épigastre , peuvent devenir nécessaires. Si le sujet est fort et sanguin , le traitement autiphlogistique est encore plus indiqué , et *Stoll* , *Franck* et *Méglin* en ont obtenu des résultats très-satisfaisans. Dans les circonstances contraires , c'est à dire lorsqu'il n'existe pas de signes d'irritation , de légers purgatifs , les diurétiques et les diaphorétiques , tels que l'oxymel scillitique , la digitale en teinture ou en poudre , les infusions chaudes de sureau , de bourrache , aidées de fumigations sèches , de bains de vapeurs et de frictions faites avec une brosse douce ou une flanelle imbibée d'une liqueur aromatique , suffisent le plus souvent pour faire disparaître l'infiltration du tissu cellulaire et terminer la cure de la maladie.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect. 2, aph. 46.*

II.

Lassitudines spontè obortæ, morbos denuntiant. *Ibid., aph. 5.*

III.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect. 1, aph. 8.*

IV.

In morbis acutis extremarum partium frigus, malum. *Sect. 7, aph. 1.*

V.

Qui sanguinem spumosum expuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Sect. 5, aph. 15.*

VI.

A plagâ in caput, stupor aut delirium, malum. *Sect. 7, aph. 14.*

VII.

Si mulieri purgationes non prodeunt, neque horrore, neque febre superveniente, cibi autem fastidia ipsi accidant, hanc in utero gerere putato. *Ibid., aph. 61.*

HYPOCRATIS APHORISMI

Diagnos. & prognos. signa & morbi. non in eodem loco. & eodem tempore. observantur. Sect. 1. cap. 1.

1. aeternitas signa & morbi. non in eodem loco. & eodem tempore. observantur. Sect. 1. cap. 1.

2. aeternitas signa & morbi. non in eodem loco. & eodem tempore. observantur. Sect. 1. cap. 1.

3. aeternitas signa & morbi. non in eodem loco. & eodem tempore. observantur. Sect. 1. cap. 1.

4. aeternitas signa & morbi. non in eodem loco. & eodem tempore. observantur. Sect. 1. cap. 1.

5. aeternitas signa & morbi. non in eodem loco. & eodem tempore. observantur. Sect. 1. cap. 1.

6. aeternitas signa & morbi. non in eodem loco. & eodem tempore. observantur. Sect. 1. cap. 1.

HYPOTHESIS APHORISMI

Thomae de Jorhans...
obscure alterum...
11

Facillitudo...
11

...
11

...
11

...
11

...
11

...
11

...
11